

Kennisbank richtlijnontwikkeling

[Ondersteunende materialen bij het ontwikkelen van richtlijnen](#)

Tool Opstellen van populatiespecifieke aanbevelingen

Inhoud

- [1. Inleiding](#)
- [2. Doel van deze tool](#)
- [3. Checklist ‘Opstellen van populatiespecifieke aanbevelingen’](#)
- [4. Literatuur](#)

1. Inleiding

Evidence-based richtlijnontwikkeling begint met het systematisch zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal, meestal naar aanleiding van knelpunten die in de praktijk worden ervaren. De conclusies op basis van de literatuur worden vervolgens vertaald naar specifieke aanbevelingen voor de praktijk, waarbij allerlei overwegingen een rol kunnen spelen. Hierbij moet rekening worden gehouden met het feit dat de bewijskracht waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd geldt op groepsniveau, dat wil zeggen voor de ‘gemiddelde patiënt’ die voldoet aan de in het onderzoek gehanteerde in- en exclusiecriteria. In de praktijk zijn er echter vaak subgroepen die kunnen afwijken van de onderzochte populatie. Dit kan bijvoorbeeld omdat het ziektebeeld zich anders of ernstiger manifesteert, door genetische achtergrond, door multimorbiditeit, comorbiditeit of comediatie, of door cultuur gestuurde gewoontes of door specifieke wensen van de patiënt. De aanbevelingen in de richtlijn beogen specifiek richting te geven aan de besluitvorming in de praktijk, dus ook voor diverse subgroepen van patiënten in de praktijk. Dit kan worden gerealiseerd door systematisch, reeds vanaf het begin van het richtlijnontwikkelproces, hiermee rekening te houden.

2. Doel van deze tool

Deze tool is een checklist die helpt bij het opstellen van zo specifiek mogelijke aanbevelingen, waarbij de aandacht vooral wordt gericht op de meest voorkomende subpopulaties in de praktijk. De checklist kan worden gebruikt zowel bij de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen als bij de herziening van bestaande richtlijnen, met het doel de aanbevelingen aan te scherpen. Bij het ontbreken van evidentie met betrekking tot specifieke subpopulaties dient men zich bij het opstellen van populatiespecifieke aanbevelingen te laten leiden door praktijkkennis en -ervaringen. Er is ook een tool beschikbaar die zich richt op seksespecifieke aspecten die hierna wordt besproken: [Tool Aandacht voor sekseverschillen in richtlijnontwikkeling](#). Voor het specifiek formuleren van actiegerichte aanbevelingen wordt verwezen naar [Rosenfeld & Shiffman, 2009](#) en [NICE, 2009](#). Voor het formuleren van de overige overwegingen wordt verwezen naar de [checklist overige overwegingen](#) van het IKNL. Voor methoden en technieken om het patiëntperspectief in kaart te brengen wordt verwezen naar de toolbox Patiëntenparticipatie van het CBO (<http://www.cbo.nl/thema/Patiëntgerichtheid/Toolbox/>).

3. Checklist ‘Opstellen van populatiespecifieke aanbevelingen’

Deze checklist bestaat uit een aantal vragen (zie kader op de volgende pagina) die een werkgroep kan stellen bij het opstellen van de aanbevelingen. Als zij één of meer van deze vragen bevestigend

beantwoordt, moet de werkgroep overwegen of zij meerdere aanbevelingen moet formuleren voor de te onderscheiden subgroepen.

De checklist kan ook worden gebruikt in de fasen voorafgaand aan het opstellen van de aanbevelingen. Reeds bij de afbakening van het onderwerp en het opstellen van de uitgangsvragen dient de werkgroep na te denken over de patiëntpopulatie, met inbegrip van de variatie die daarin bestaat. Ook bij het opstellen van de literatuurzoekstrategie en het definiëren van de in- en exclusiecriteria moet zij rekening houden met de aard en samenstelling van de patiëntpopulatie. Hetzelfde geldt voor de interpretatie van de gevonden literatuur, waarbij moet worden nagegaan of de onderzoekspopulatie naar aard en samenstelling overeenkomt met waar men in de praktijk mee te maken heeft. Als dit niet het geval is, is er sprake van zogenoemd indirect bewijs, dat een lagere bewijskracht heeft dan direct bewijs. De richtlijn kan dan expliciet vermelden dat voor verschillende (met name genoemde) subpopulaties geen effectgegevens bekend zijn, en dat men bij toepassing van de voor die subpopulatie 'algemene' aanbevelingen in de praktijk de effecten nauwlettend moet monitoren en liefst ook beschrijven.

Checklist Opstellen van populatiespecifieke aanbevelingen

- *Zijn er relevante biologische verschillen in de patiëntpopulatie die kunnen leiden tot verschillen in effectiviteit en bijwerkingen of nadelige effecten van de interventie? Denk hierbij aan de volgende factoren:*
 - Leeftijd (bijvoorbeeld bij behandeling atriumfibrilleren en preventie van hart- en vaatziekten)
 - Geslacht (bijvoorbeeld osteoporose; zie [Tool Aandacht voor sekseverschillen in richtlijnontwikkeling](#))
 - Ras/ethniciteit (bijvoorbeeld de verminderde effectiviteit van bepaalde groepen antihypertensiva bij mensen van het negroïde ras)
 - Stofwisselingsstoornissen (bijvoorbeeld lactose-intolerantie bij patiënten met een glucose-6-fosfaat dehydrogenase (G6PD-)deficiëntie)
- *Is er sprake van relevante comorbiditeit of comediatie die invloed heeft op de effectiviteit en bijwerkingen van de interventie?*

Denk hierbij aan de volgende aspecten:

- Prevalentie van meest voorkomende comorbiditeit
 - Concordante (bijvoorbeeld diabetes mellitus en hypertensie) en discordante comorbiditeit (bijvoorbeeld reuma en COPD)
 - Voedingstoestand
 - Verminderde nier- of leverfunctie
 - Verslavingen en psychiatrische morbiditeit
- *Zijn er verschillen in kenmerken van de patiëntpopulatie in relatie tot de zorgsetting en het gezondheidzorgsysteem?*

Denk hierbij aan de volgende kenmerken:

- Eerstelijns populatie (met of zonder poortwachterfunctie) versus tweedelijns populatie
- Ambulante versus ziekenhuispopulatie

- Acute zorg (spoedeisende hulp) versus chronische zorg
- Specialistische versus superspecialistische zorg
- *Zijn er relevante sociale of culturele verschillen in de patiëntpopulatie die de medewerking van de cliënt/patiënt aan de interventie ('compliance') kunnen beïnvloeden?*

Denk hierbij aan de volgende factoren:

- Opleidingsniveau en geletterdheid (bijvoorbeeld bij educatieve interventies)
- Werkstatus en economische draagkracht (bijvoorbeeld bij eigen bijdragen)
- Leefsituatie (bijvoorbeeld aan- of afwezigheid van mantelzorgers)
- Etniciteit (bijvoorbeeld bij psychotherapie)
- Cultuur/religie (bijvoorbeeld afwijzing van interventies door Jehovahgetuigen)
- Ethische normen en waarden (bijvoorbeeld gelijkwaardigheid man/vrouw, autonomie)

4. Literatuur

- Dans AL, Dans LF, Guyatt GH, Richardson S. Users' guides to the medical literature: XIV. How to decide on the applicability of clinical trial results to your patient. Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA 1998; 279: 545-9.
- Integraal Kankercentrum Nederland. Checklisten 'Overige overwegingen' en 'Formuleren van aanbevelingen', april 2011.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (January 2009) The guidelines manual. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. www.nice.org.uk
- Rosenfeld RM, Shiffman RN. Clinical practice guideline development manual: a quality-driven approach for translating evidence into action 2009.
- Werkgroep Richtlijn voor Richtlijnen. [Richtlijn voor Richtlijnen](#). Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012.